

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

357

Année 1899

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 24 mai 1899, à 1 heure

Par CHICOTOT (GEORGES)

Né à Paris, le 31 janvier 1855

Externe des hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique

Chef du laboratoire de radiographie à l'hôpital Trousseau.

DES PANSEMENTS SIMPLES

DANS QUELQUES

MALADIES COMMUNES DE LA PEAU

DERMITES ARTIFICIELLES, ECZÉMA TEUSES & SUPPURATIVES

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : MM. POTAIN, professeur.

GAUCHER, } *agregés.*
TEISSIER, }

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1899

Année 1899

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 24 mai 1899, à 1 heure

Par CHICOTOT (GEORGES)

Né à Paris, le 31 janvier 1855

Externe des hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique

Chef du laboratoire de radiographie à l'hôpital Trousseau.

DES PANSEMENTS SIMPLES

DANS QUELQUES

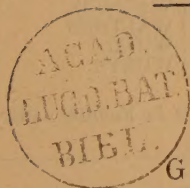
MALADIES COMMUNES DE LA PEAU

DERMITES ARTIFICIELLES, ECZÉMA TEUSES & SUPPURATIVES

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : MM. POTAIN, professeur.

GAUCHER, }
TEISSIER, } *agréés.*



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	{ HUTINEL.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	TERRIER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	N...
Clinique médicale.....	{ CHANTEMESSE.
Clinique des maladies des enfants.....	{ POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	{ JACCOUD.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	{ HAYEM.
Clinique des maladies nerveuses.....	{ DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale.....	{ GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.....	{ FOURNIER.
Clinique des voies urinaires.....	{ JOFFROY.
Clinique d'accouchement.....	{ RAYMOND.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
	{ BERGER.
	{ PANAS.
	{ GUYON.
	{ PINARD.
	{ BUDIN.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIERY.
ALBARRAN.	DUPRE.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRE.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (AUG.).	GILLES DE LA TOURETTE	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
PIERRE DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

AVANT-PROPOS

Pendant l'année que nous avons passée dans le service de M. le Dr Besnier, suppléé par M. le Dr Darier pendant les six derniers mois, nous avons été frappé du nombre considérable de dermites artificielles et particulièrement des aggravations qu'un traitement mal dirigé intempestivement antiseptique pouvait leur faire subir.

Nous avons pu, grâce à l'excellent enseignement de MM. les Drs Besnier et Darier, nous pénétrer des vérités qui nous étaient enseignées si clairement chaque jour et nous nous sommes proposé de présenter à cette occasion les réflexions que nous suggèrent l'allure clinique et la thérapeutique de ces dermatoses communes.

Mais avant d'entrer dans notre sujet et au moment de terminer nos études médicales, qu'il nous soit permis de témoigner toute notre reconnaissance aux maîtres excellents qui ont bien voulu nous initier à leur science, nous guider dans nos études médicales en nous faisant profiter de leur expérience.

Stagiaire chez M. le professeur Brissaud, nous avons pu, grâce à l'affabilité de cet excellent maître, nous initier aux premiers principes de la médecine.

Externe chez M. le professeur Duguet, nous avons pu apprécier et tirer un grand profit des merveilleuses leçons cliniques qu'il nous donnait chaque jour au lit des malades.

Externe chez M. le professeur Delens, nous avons sous ce maître appris la pratique de l'ophtalmologie, qu'il veuille bien agréer nos vifs remerciements pour l'expérience profitable que nous avons recueillie de son enseignement, de ses conseils.

Externe dans le service de M. le Dr Beclère suppléé par M. le professeur Vaquez, nous avons pu avec ces deux maîtres, dont la bienveillance pour nous ne s'est jamais démentie, approfondir nos études médicales.

Que M. le professeur Maygrier dont nous avons été l'externe à la maternité de l'hôpital Lariboisière accepte toute notre reconnaissance pour l'enseignement qu'il nous a donné si largement sur la pratique des accouchements.

MM. les Drs Besnier et Darier, qui nous ont inspiré ce travail et dont les noms reviennent si souvent dans cette étude, ont toujours été pour nous des maîtres bienveillants que nous ne saurions trop remercier de l'empressement qu'ils ont mis à nous guider de leurs conseils et de l'affection qu'ils nous ont toujours témoignée.

Nous sommes heureux d'adresser à M. le Dr Variot, notre dernier maître dans les hôpitaux, à qui nous devons toutes nos connaissances sur la médecine infantile, nos trop faibles remerciements pour l'excellent enseignement qu'il n'a cessé de nous donner et de la confiance qu'il nous a témoignée en nous chargeant de la direction du laboratoire de radiographie de l'hôpital Trousseau, les deux années passées avec lui compteront pour nous parmi les meilleures.

Qu'il nous soit permis d'adresser à M. le professeur Fa-

rabœuf l'expression de notre reconnaissance pour la place qu'il a bien voulu nous accorder dans son laboratoire et pour l'enseignement magistral qu'il nous a prodigué alors que nous étions encore à l'école des beaux-arts. Nous adresserons encore nos remerciements : à M. le professeur Duval qui, en anatomie et en histologie, a été notre premier maître, à notre cher ami le D^r Tollemer dont les conseils et l'érudition ne nous ont jamais fait défaut et qui a toujours été pour nous un guide sûr et fidèle sur lequel nous avons toujours pu compter ; à notre bon ami le D^r Thomas pour la sollicitude avec laquelle il a guidé nos premiers débuts en médecine.

Nous devons doublement remercier M. le professeur Fournier dont nous avons pu apprécier les leçons si savantes dans le cours de l'année que nous avons passée à St-Louis. En acceptant la présidence de cette thèse, il nous fait un honneur que nous ne saurions oublier.

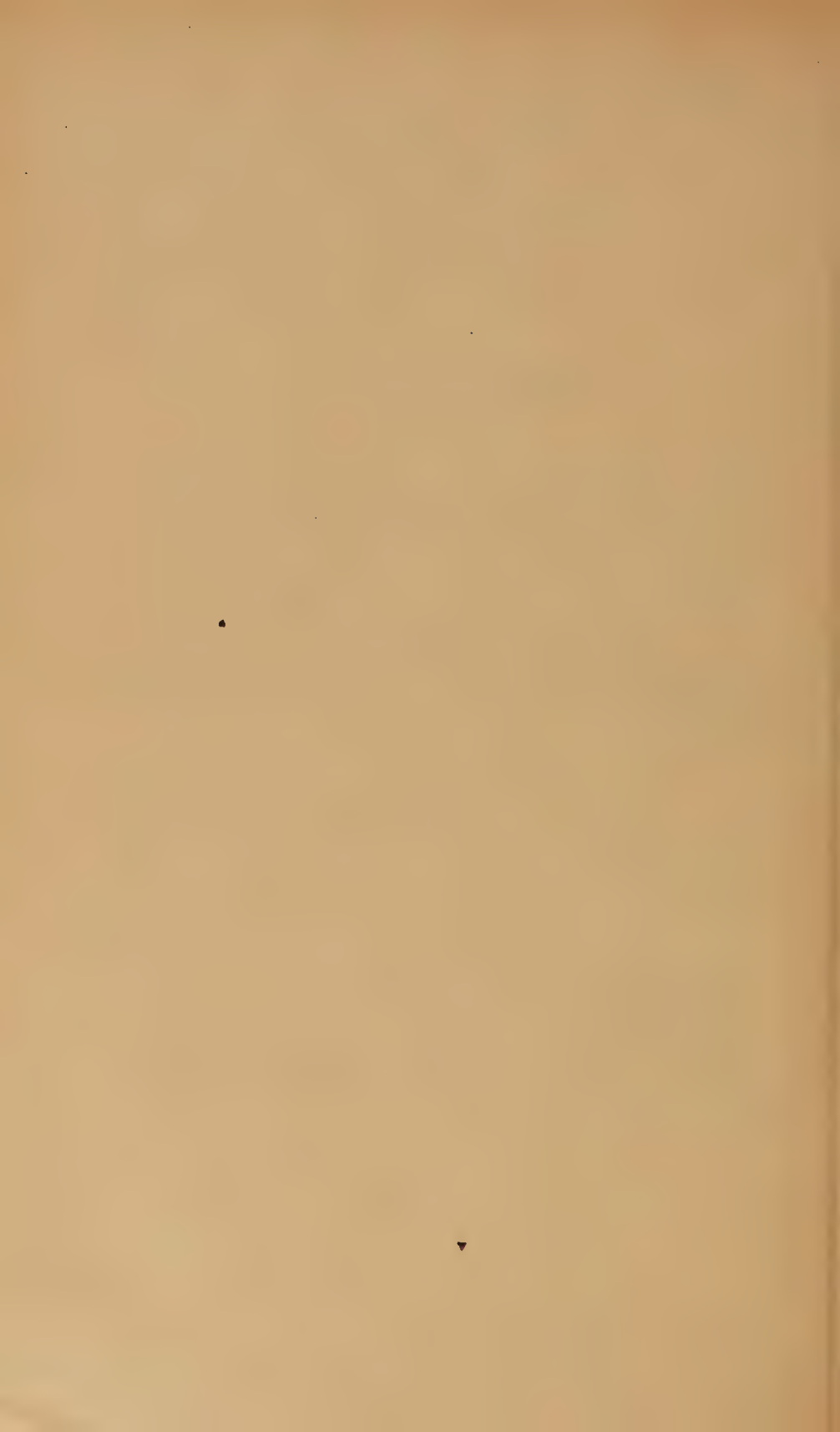
INTRODUCTION

Rien de plus fréquent que les dermites eczémateuses et, dans une consultation de St-Louis, on peut dire que les deux tiers des malades, qui se présentent à l'examen du médecin traitant, sont atteints de cette affection.

Parmi ces malades les uns ont été traités en ville, les autres se sont soignés à leur guise ou bien ont suivi les inspirations du pharmacien. Leur état est plus ou moins pitoyable, mais les mieux traités ne sont point ceux qui le furent le plus longtemps.

A quoi cela tient-il ? Peut-être à l'excessive richesse de formules dont les traités sont pleins à l'égard de ces dermatoses communes, pommades de tous genres, pâtes, poudres, lotions, cataplasmes, etc., tout s'y coudoie, tout s'y presse. Le praticien embarrassé par trop de ressources choisit au petit bonheur, piquant au hasard une formule savamment cuisinée d'actifs antiseptiques.

Le résultat, hélas, ne répond en rien à son attente ; la dermatose s'aggrave, le malade s'impatiente, perd confiance et finalement va essayer avec un nouveau médecin une nouvelle pommade.



CHAPITRE PREMIER

Les dermites eczémateuses et leur mode de traitement.

Essayons de nous rendre un compte exact de ce qu'est la dermite eczémateuse, nous verrons mieux ensuite quelles médications le traitement doit remplir et quels modes de pansements conviennent plus particulièrement.

La dermite eczémateuse. — La dermite eczémateuse est, peut-on dire, un ensemble des lésions des couches superficielles de la peau, qui peuvent suivre l'effraction du revêtement corné.

Que la cuirasse légère et tout à fait superficielle qui protège notre derme se trouve entamée d'une façon quelconque, aussitôt on peut voir se développer une série de lésions communes à l'eczéma, d'où le nom, justifié à un certain point de vue, d'eczéma artificiel ; toutefois elles en diffèrent par leur origine et aussi par leur évolution généralement bénigne.

Les dermites eczémateuses reconnaissent donc pour cause toute irritation qui vient du dehors, mais cette irritation même peut varier selon l'agent qui la cause.

Classification des dermites eczémateuses. — 1° En premier lieu les dermites *de causes physiques* qui peuvent comprendre :

Les dermites par rayonnement, dermites d'origine ca-

lorique, ce sera par exemple l'eczéma solaire des anciens auteurs, les dermites du froid, gelures diverses ; les dermites causées par la lumière électrique, la radiographie.

2° Les dermites de *causes chimiques*, dermites par contact.

Les léguments mis au contact de substances chimiques nocives ou irritantes perdent de leur intégrité et permettent, grâce aux fissures produites, l'accès de microbes eczématogènes ou pyogènes.

Dans cette classe doivent rentrer les dermites produites par l'emploi d'antiseptiques actifs, phénol, iodoforme, sublimé, etc. Dans cette même classe rentrent la nombreuse série des dermites professionnelles : dermites des blanchisseuses, teinturiers, épiciers, etc.

3° La troisième classe comprendra les *dermites par irritants mécaniques*, dermite de grattage, intertrigos.

Que le prurit provienne d'une cause ou d'une autre (parasites, épizaires, irritation diathésique de la sensibilité cutanée comme dans l'albuminurie, le diabète) il s'en suivra toujours pour le malade un besoin de grattage. Ce besoin satisfait aura pour résultat fatal l'entame, la brèche au revêtement protecteur et secondairement l'envahissement microbien.

4° Enfin dans une dernière catégorie on pourrait placer les *dermites suppuratives* à pyocoques, mais en somme il n'est aucune des variétés précédentes qui ne puisse aboutir à celle-là ; la dermite suppurative peut être la terminaison d'une dermite quelconque dont l'origine a pu être physique, chimique ou mécanique. Aussi ne la mentionnerons-nous qu'après avoir fait cette réserve.

On pourrait ici faire une place aux éruptions de cause interne, qui, par l'irritation qu'elles provoquent, forcent le malade à se gratter ou à employer des agents antiseptiques, qui surajoutent à la lésion ancienne une lésion nouvelle, telles sont les éruptions consécutives aux hépatites, au diabète, à l'albuminurie, aux troubles gastro-intestinaux, dyscrasie du sang, éruptions médicamenteuses.

Les modes de traitement. — Maintenant que nous avons passé en revue les diverses classes de dermites eczématiformes, voyons un peu quels sont les modes de pansements, et de pansements simples qu'on doit employer pour leur traitement.

Ce sont d'abord :

1° *Les pansements simples*, qui consistent en *applications humides* : compresses de tarlatane stérilisées ou plus simplement bouillies, imprégnées d'eau bouillie (E. Besnier).

C'est là un traitement qui se recommande par la facilité de son emploi et l'excellence de ses résultats.

A côté des applications humides prennent place les cataplasmes aseptiques. Ils sont assez peu utilisés, pourtant si l'on veut bien les préparer aseptiquement on peut les employer sans les faire tomber dans le discrédit qui existe à l'égard du cataplasme antique.

2° Une deuxième catégorie de pansements comprendra les pansements *antiseptiques sans modificateurs énergiques*.

Parmi les modificateurs faibles, l'acide borique, le borate de soude, la boricine, heureuse combinaison des deux précédents, le bicarbonate de soude, etc., etc. Ces panse-

ments forment en quelque sorte une transition entre le pansement énergiquement antiseptique de la chirurgie et le pansement purement aseptique, supérieur à tous en principe, assez difficile à réaliser en pratique.

3° Enfin la dernière classe des pansements simples comprendrait les *pansements occlusifs* adhérents dont l'emploi s'adapte à des conditions un peu particulières (larges surfaces d'eczématisation) et auxquelles conviennent parfaitement les pâtes isolantes, emplâtres simples, etc., etc.

CHAPITRE II

Étiologie et pathogénie.

Les causes les plus fréquentes des dermites eczématisées sont en quelque sorte tout externes. Les agents d'irritations extérieures sont de beaucoup les plus puissants et sans eux les autres causes ne trouveraient pas matière à s'exercer, resteraient latentes.

Qu'elle soit chimique, mécanique ou parasitaire, c'est toujours du dehors que provient l'irritation ; c'est toujours d'une action altérante s'exerçant sur le revêtement corné protecteur que résultent les diverses dermatoses que nous allons examiner. Elles sont donc avant tout des dermites de *cause externe* et il ne semble pas qu'il y ait lieu de faire intervenir dans leur production les causes internes (troubles gastro-intestinaux, diathèses).

Cependant on ne peut oublier ce grand principe de pathologie générale, qu'à côté de la cause efficiente, il faut considérer le terrain sur lequel elle agit ; ainsi telle femme aura de l'hydrargyrisme vulvaire, quand grand nombre d'autres qui seront placées dans les mêmes conditions n'en présenteront pas.

Pourquoi de deux chirurgiens, l'un trempera-t-il impunément les mains dans le sublimé, quand l'autre ne pourra y toucher sans s'exposer à une violente poussée eczéma-teuse ?

C'est donc là uniquement une affaire de terrain et le terrain lui-même peut varier avec l'état général qui modifie la composition du sérum.

Mais ce sont là des considérations dans lesquelles le cadre restreint de ce modeste travail ne nous permet pas d'entrer.

Revenons aux diverses causes d'irritations, aux irritants qu'on peut diviser en : physiques, chimiques, mécaniques ou parasitaires.

Les irritants physiques. — La chaleur, l'action d'une température ou trop élevée ou trop basse, en d'autres termes l'exposition au froid ou à la chaleur (brûlures, insolation, gelûres), déterminent des dermites fréquentes chez les gens exposés par leur profession à subir l'action des agents thermiques.

C'est ainsi qu'il y a une dermatite eczémateuse sévissant sur les chauffeurs, les boulangers, les forgerons, dans la production de laquelle l'élément chaleur joue à côté de causes adjuvantes un rôle prépondérant.

De même les gens exposés au froid, balayeurs, cochers, etc., présentent-ils des dermites à symptômes en tout analogues aux premières et qui guérissent tout naturellement quand les malades changent de professions et pour ainsi dire garent mieux leur revêtement corné des atteintes de la température.

Les irritants chimiques. — C'est la classe d'irritants qui fournit le plus sérieux apport au total des dermites artificielles.

Mis en contact avec les liquides chargés de principes nocifs, les téguments finissent par s'érailler et réagissent

plus ou moins vite par un processus d'eczématisation d'intensité variable.

Tantôt la dermatose est le produit d'une irritation qui ne tardera pas à suivre immédiatement l'action passagère de liquides remarquablement nocifs ; parfois ces liquides, sans avoir rien de particulièrement irritant suffisent pourtant à déterminer chez des individus prédisposés des accidents intenses, et dont l'acuité même ne peut s'expliquer par une idiosyncrasie spéciale.

Il est assez fréquent de rencontrer tels ou tels opérateurs qui ne peuvent supporter à quelque titre que ce soit un antiseptique banal et d'un usage fréquent bien toléré par la grande majorité des chirurgiens.

D'autres fois au contraire, il a fallu que l'action des produits employés s'exerce d'une façon prolongée, pour que la dermite apparaisse progressivement.

Enfin, avons-nous dit, l'état général joue souvent un rôle capital dans la détermination de ces dermatoses.

Une blanchisseuse par exemple s'est servi longtemps de lessives riches en sels de potasse ou de soude, sans en éprouver rien de fâcheux, quand à la suite de surmenage, à l'occasion de ses règles ou d'une maladie intercurrente, qui peut faire fléchir son état général, elle présentera brusquement au niveau de ses avant-bras des localisations eczémateuses dont elle avait pu être indemne jusqu'à ce jour.

Telles sont les diverses conditions qui peuvent amener ou favoriser la production de ces dermites artificielles.

Nous avons dit que la classe des dermites par irritants chimiques était la plus fournie : il nous suffira en effet d'é-

numérer quelques professions où on les rencontre pour donner une idée de leur fréquence.

Dermites des laveuses, blanchisseuses.

Plongeurs de vaisselle.

Garçons marchands de vin.

Teinturiers.

Gale des épiciers, maçons, cimentiers.

Boulangers.

Dévideurs de cocons.

Varouleurs de lin.

Mal des confiseurs, etc., etc.

Rentrent encore dans cette classe les malades qui font usage d'antiseptiques ou de médicaments dont l'action est mal supportée, sublimé, phénol, acides, minéraux, la térébenthine, l'arnica, l'eau sédative, et enfin, bien que ce ne soit pas un médicament, les teintures pour les cheveux et la barbe.

Les irritants mécaniques. — Il est enfin toute une classe de dermites dans lesquelles l'eczématisation a résulté de *traumatismes divers*, frottements, grattage, piqûres d'insectes (épizoaires, acariens, etc.), les lésions de grattage à leur tour par la brèche qu'elles font dans le revêtement corné permettent et favorisent la pullulation microbienne, facteur de première importance dans l'évolution des dermites eczématiformes.

CHAPITRE III

Pathogénie.

L'action des divers irritants physiques, chimiques ou mécaniques a pour résultat final, l'effraction des couches superficielles de l'épiderme et l'envahissement consécutif des couches sous-jacentes par les microbes de l'eczématisation, de la suppuration qui pullulent toujours à la surface de la peau.

Nous aurions pu prendre pour exemple la phtiriasse qui par les démangeaisons qu'elle occasionne, sollicite vivement les ongles des malades à érailler l'épiderme protecteur, à ouvrir ainsi une voie libre et facile aux microbes qui provoquent la dermite.

Ce que les parasites de la surface, épizoaires de tous genres, ont pu faire, l'action nocive de la chaleur ou des produits chimiques peut le réaliser également. Le procédé d'infection est sensiblement le même et les résultats sont aussi comparables entre eux. « Parmi les microphytes classés, les favus, microspores et trichophytes tinéogènes, microsporon minutissimum ont dans la genèse de l'eczématisation un rôle relativement effacé, mais ils constituent accessoirement des agents irritants et mettent en état de prédisposition accentuée, les parties où ils subsistent (1). »

(1) E. BESNIER, *Traitement de l'eczéma*, p. 61.

Ainsi, que les irritants soient d'ordre physique, chimique, mécanique ou parasitaire, ils agissent toujours dans le même sens, ils percent la barrière protectrice du revêtement corné et livrent ainsi les couches sous-jacentes à la merci des pyogènes de la surface. Ceux-ci, peut-on dire, après avoir attendu patiemment leur tour, entrent en scène et l'occupent alors bruyamment et presque exclusivement.

Nous nous rendons maintenant facilement compte de la façon dont agissent les divers agents énumérés plus haut : déterminant des altérations de la couche cornée, ils permettent aux nombreux micro-organismes de la surface de se développer, de gagner les couches profondes de la peau.

Leur présence donne lieu de la part des régions envahies à toute une série de réaction de défense : diapédèse, lutte de phagocytes contre les micro-organismes, exhalaison de liquide séreux. Deux cas peuvent se présenter : ou bien les envahisseurs ont le dessus : des excoriations secondairement infectées naissent une série de complications, d'accidents à distance (lymphangite, adénite, voire même septicémie généralisée), ou bien les pyogènes succombent sous l'effort des cellules mangeuses qui les arrêtent dans leur invasion et finalement les font disparaître.

Ainsi est-il permis de comprendre l'évolution de ces dermatoses communes, les envahissements microbiens de la peau s'identifiant en somme avec les processus ordinaires de l'infection dans les autres appareils.

Ajoutons encore que l'origine parasitaire de l'eczéma

acquiert de jour en jour plus de faveur et rallie actuellement l'opinion de la majorité des dermatologistes français. Dans une récente discussion à la Société de dermatologie et de syphiligraphie, M. Leredde a discuté avec sa netteté coutumière les arguments qui militent en faveur de l'origine parasitaire de l'eczéma. Il a fait valoir comme raisons principales l'*auto-inoculabilité* de l'eczéma, son habituel *développement sur les fissures cutanées* et la multiplicité des causes externes, internes, l'identité des effets qui est, à son avis, une nouvelle preuve de la nature parasitaire de l'eczéma.

Qu'il nous soit permis de conclure avec lui : « Lorsqu'on a énuméré les causes, les unes externes, les autres internes de l'eczéma, il me semble bien que leur action ne peut se comprendre d'une autre manière que celle par laquelle je l'ai expliqué, à savoir des modifications du sol cutané qui autorisent le développement parasitaire (*Annales de Dermatologie*, n° 1, janvier 1899).

CHAPITRE IV

Symptômes et évolution.

La dermite artificielle présente d'ordinaire à l'examen un ensemble de caractères assez tranchés et assez fixes, pour qu'on puisse généralement la reconnaître au premier coup d'œil ; si nous prenons par exemple la dermite des laveuses, nous voyons que ces malades présentent, à la surface des avant-bras, des disques assez bien délimités, parfois moins nettement circonscrits, au niveau desquels, la peau est rouge, épaissie, quadrillée de fissures multiples. En certaines places, les téguments sont exulcérés et suintants ; en d'autres, la suppuration qui n'a pas tardé à s'établir, s'est concrétée en croûtelles et en croûtes, parfois assez agglomérées et continues pour occuper de larges surfaces et constituer la lésion la plus importante ; c'est du moins celle dont les malades se soucient le plus et qui leur a fait demander l'intervention du praticien.

Évolution. — 1^{er} STADE. *Rougeur et gonflement.* — Dans la plupart des cas l'affection *débute* par une *rougeur* qui peut être peu accusée, qui l'est ordinairement beaucoup, qui ne fait jamais complètement défaut. Cette rougeur siège au niveau des surfaces tégumentaires qui furent en contact avec les agents irritants. Elle décèle, traduit à l'extérieur pour ainsi dire la *congestion* du derme toujours observée en pareil cas.

En même temps que ces surfaces présentent un aspect rouge et enflammé, elles sont encore *tuméfiées* et ce gonflement de l'hypoderme est très sensible à la pulpe du doigt qui cherche à y marquer son empreinte.

Nous devons ajouter cependant qu'il est rare que ce gonflement aille jusqu'à l'œdème proprement dit, du moins dans cette phrase prémonitoire de l'eczématisation pour ce qui concerne les membres supérieurs ; une restriction s'impose tout naturellement pour les régions très fournies en tissu cellulaire lâche, diffus et s'infiltrant aisément et il est évident et d'observation courante que le scrotum, les grandes lèvres pourraient présenter un œdème franchement accusé, s'étendant assez loin, prenant même une importance considérable.

Il faut à ce propos mentionner certains cas spéciaux relatifs aux eczémas artificiels primitifs dans les régions sus-indiquées : tels sont les érythèmes vulvaires des accouchées dus au sublimé, les érythèmes de malpropreté des femmes atteintes de leucorrhée ou simplement grosses.

2° STADE. *Vésiculation*. — La période de rougeur et de gonflement est suivie très rapidement d'une véritable poussée de vésicules.

Cette éruption est constituée par un nombre considérable d'éléments de petit volume, semis extrêmement abondant pour une surface même très restreinte.

Parfois ces vésicules s'associent, confluent et donnent à la peau, par leur agglomération, un aspect inégal et chagriné caractéristique. Elles sont gonflées d'un liquide citrin, qui rompt facilement la frêle cuticule d'enveloppe qui le contient : bientôt un liquide poisseux s'exhale de toute

une surface dépouillée d'épiderme et qui suinte abondamment. Les linges et les pièces de pansement en sont vite englués, empesés et on ne peut alors les enlever, qu'en causant au malade une douleur très vive. Sa vésiculation et le suintement sont deux phénomènes dont la constance de production est remarquable et qui constituent une phase en quelque sorte indispensable du processus d'eczématisation.

Rapidement le liquide suintant se dessèche et on a bientôt aux places où il s'est exhalé une série de croûtes ou croûtelles pouvant former des placards continus, jaunes, mellicériques. Si on vient à les détacher avec l'ongle ou la pince, on met à nu sur toute la surface découverte un pointillé hémorrhagique. Si au contraire on respecte les croûtelles, tout un travail d'épidermisation se fera sous leur épaisseur, une cuticule épidermique se constituera, mais cette réparation ne se fera pas d'un seul coup, ni d'une façon définitive, la cuticule luisante vernisée n'est qu'une ébauche de l'épiderme définitif. Elle est fragile, elle tombe en fines desquamations, elle a besoin de se faire à nouveau et plus solidement, jusqu'à ce qu'après des temps successifs, elle arrive à un degré de consistance et de solidité suffisantes.

3° STADES. *Desquamation*. — Cette phase de réfection de l'épiderme demande un temps plus ou moins long pour aboutir finalement à la reconstitution d'un épiderme parfait, doué de toutes les qualités de revêtement protecteur.

Donc et pour nous résumer, la marche de l'eczéma aigu, qui est en somme le type de la dermite commune peut être divisée en trois périodes.

1° Une période *érythémato-vésiculeuse* dans laquelle serait incluse la période d'exhalation de liquide séro-purulent.

2° Une période de *formation d'épiderme de transition*, épiderme d'apparence vernissée, épiderme caduc.

3° Une période de *desquamation* pendant laquelle le nouvel épiderme se fendille, s'exfolie, se détache en croûtelles, en lamelles ou en squames de plus en plus fines à mesure qu'on approche d'un épiderme définitif et de la guérison.

Ajoutons que pendant tout le temps que dure la poussée de dermite, le malade éprouve des sensations douloureuses.

Cette sensation de chaleur pénible, de cuisson peut prendre et prend assez souvent une acuité extrême ; des démangeaisons, des fourmillements, des picotements s'y ajoutent bientôt en sorte que la douleur résultant de toutes ces irritations devient en peu de temps un élément très important et dont il convient de débarrasser le malade, surtout chez les enfants. Si on ne maintient pas, si on ne surveille pas d'une façon permanente les pièces de leurs pansements, ils en profitent pour se gratter furieusement et augmenter ainsi la gravité et l'étendue de leur dermatose.

Parfois même, lorsqu'on a guéri l'éruption, tout n'est pas fini, les sensations pénibles qui l'accompagnaient lui survivent, il en résulte pour le malade un état de nervosisme extrêmement fâcheux, assez grave pour qu'on ne l'oublie pas et qui nous déterminera à apporter encore plus de soins dans le traitement.

CHAPITRE V

Anatomie pathologique.

Les lésions histologiques de l'eczéma artificiel diffèrent suivant qu'on les envisage aux diverses périodes de leur évolution.

A la période de début, deux points sont à mettre en lumière.

1° *La congestion et la dilatation considérable du réseau sanguin papillaire* ; les vaisseaux sont très dilatés et remplis de sang. On surprend une diapédèse active des globules blancs qui vont se répandre dans les papilles. Ces papilles se montrent remplies de cellules rondes, migratrices, qui apparaissent presque dans l'épiderme.

2° *La couche papillaire est le siège d'une exsudation abondante* ; les papilles du derme se présentent en effet comme gonflées, allongées, distendues par du liquide séreux.

Du côté de l'épiderme, autres lésions.

α) Le corps muqueux est infiltré, nous l'avons déjà dit, de nombreuses cellules migratrices provenant du réseau sanguin papillaire congestionné et dilaté.

β) *Œdème de l'épiderme* portant plus particulièrement sur la couche cornée basale.

γ) *Disparition de l'éléidine* et de la couche granuleuse indiquant ainsi la tendance à la parakératose.

δ) *Persistance des noyaux au niveau de la couche cornée.*

Par suite de la parakératose, les cellules qui constituent cette couche cornée, ne sont plus cohérentes entre elles, ont perdu leur propriété adhésive normale et tendent à desquamer. sous forme de minuscules écailles ou lamelles.

1° L'on voit que, dès cette période, l'eczéma peut être considéré comme un véritable catarrhe des téguments, mais un catarrhe mixte à la fois sec et humide.

Sec, par suite de la desquamation des cellules cornées, desquamation résultant de la kératinisation imparfaite.

Humide, par suite de l'exsudation abondante qui, produite dans le derme, tend à se faire jour à la surface de la peau au travers de l'épiderme altéré.

A un degré plus avancé, les lésions du derme s'accroissent, ce n'est plus seulement de l'hyperémie œdémateuse avec diapédèse globulaire, plus ou moins abondante, mais les cellules fixes du tissu conjonctif commencent à prendre une part plus ou moins grande dans le processus.

Dans le derme, dans la couche papillaire, outre les leucocytes, on trouve encore des cellules fusiformes.

2° Multiplication des noyaux, kariokinèse des cellules fixes du tissu conjonctif.

3° Les lacunes lymphatiques du derme sont dilatées, presque ampullaires.

A la longue ces lésions finissent par produire un épaissement et une induration de la peau.

CHAPITRE VI

Pronostic et diagnostic.

Pronostic. — Il est naturellement assez variable, il dépend de la période à laquelle la dermatose est parvenue, il dépend des considérations dans lesquelles se trouve le malade (possibilité ou impossibilité de quitter un travail nocif), il dépend enfin du traitement appliqué.

Si les malades atteints de dermites eczémateuses restent sans traitement ou continuent leur métier, ils ont bientôt disséminé par le moyen du grattage en tous les points de leur revêtement cutané les placards d'eczématisation primitivement localisés.

Les enfants présentent en particulier de ces eczémas généralisés qui leur couvrent tout le corps, les convertissent en véritables et lamentables écorchés et parfois les conduisent à un état de cachexie des plus inquiétants.

Dans d'autres cas, alors que la dermatose ne prend point ces fâcheuses proportions; les irritations du grattage ou l'insuffisance des pansements amènent la lichénisation des téguments, et d'aigu l'eczéma devient chronique.

Le pronostic dépend donc pour une grosse part du traitement employé.

A-t-on la fâcheuse inspiration de recourir aux antiseptiques énergiques, la dermatose s'aggrave infailliblement et

les accidents indiqués plus haut sont de par le traitement très sûrement et très désastreusement modifiés.

Cette impropriété des antiseptiques dans le traitement des dermatoses communes se voit journellement et nous avons eu l'occasion de vérifier dans les services de nos maîtres MM. les D^{rs} E. Besnier, Darier et Variot.

Rappelons à ce propos le mot de M. le D^r Kaposi entendu pendant une des visites qu'il fit à St-Louis dans le service de M. le D^r Besnier pendant l'été de 1896, « Si l'on supprimait du jour au lendemain les antiseptiques de la médecine, les dermatologistes perdraient du même coup les deux tiers de leur clientèle. »

Au contraire, si par un traitement anodin on se borne à mettre le malade à l'abri de ses ongles, on lui évite les auto-inoculations ; en peu de temps les brèches faites aux téguments se réparent, en peu de temps aussi le malade guérit, son épiderme ayant recouvré la *restitutio ad integrum*.

En somme le pronostic de ces dermites est bénin si l'on a soin de mettre le malade à l'abri des agents irritants, *sublata causa, tollitur effectus*.

Diagnostic. — Avec quoi peut-on confondre les dermites eczémateuses.

Avec l'érysipèle la confusion ne sera pas facile, il y a pourtant quelque *caractères communs* : les localisations peuvent être les mêmes dans les dermites, comme dans l'érysipèle la face peut être affectée (dermites de teinture, par applications médicamenteuses, fards, etc).

Il y a *différence dans l'évolution*, elles ne s'accompagnent pas de température, ni de troubles généraux ; *différence*

d'aspect, absence de bourrelet, vésiculation fine qu'on ne retrouve pas dans l'érysipèle.

Avec le lichen simplex aigu de E. Vidal, qui présente bien au début des zones prurigineuses que les lésions de grattage viennent bientôt compliquer et qui suffisent à lui donner un air de parenté avec les dermatoses communes, le lichen simple aigu présente entre autres signes distinctifs l'éruption de minuscules papules rouges pleines, dures, coniques ou acuminées.

Avec le mycosis fongoïde. — Cette dermite pourrait-elle être confondue avec la dermite artificielle. Il paraît que l'erreur a été commise. Dans les débuts le mycosis présente en effet des lésions eczématiformes isolées ou confluentes souvent très prurigineuses, lésions qui se rapprochent beaucoup de l'eczéma sec et qui n'intéressent que l'épiderme et les couches supérieures du derme.

En pareil cas l'observation prolongée du malade l'évolution des lésions trancheront les difficultés du diagnostic. On verrait bientôt apparaître des plaques mamelonnées plus ou moins étendues, puis des tumeurs qui ne laisseraient aucun doute.

Avec l'eczéma séborrhéique, le pityriasis simplex, qui ne prêtent guère à la confusion. Pourtant il nous faut remarquer que les malades atteints d'eczéma séborrhéique sont des prédisposés à la dermite artificielle.

Avec le psoriasis. — Nous écarterons également le psoriasis par trop typique avec ses écailles brillantes, argentées, sa rosée sanglante, ses sièges de prédilection (coudes, genoux, sacrum).

CHAPITRE VII

Pansements.

Nous n'avons fait qu'énumérer les divers modes de traitement à employer vis-à-vis de ces dermites artificielles de causes externes.

Le tableau suivant en résume les diverses variétés.

1° *Pansements humides*. — A. Pansements aseptiques simples.

Cataplasmes aseptiques.

B. Pansements faibles sans modificateurs énergiques (boricine, etc., etc.).

2° *Pansements occlusifs*. — Poudres, pâtes isolantes, emplâtres simples, colles, vernis solubles à l'eau.

On voit que dans ce tableau des modes de pansements applicables au traitement des dermites artificielles, les pansements antiseptiques forts ont été systématiquement éliminés. Nous verrons ultérieurement dans le chapitre bactériologie, les raisons qui nous ont amené à les exclure.

1° PANSEMENTS HUMIDES. — A. *Pansements aseptiques simples*. — En premier lieu viennent les pansements humides aseptiques. Ils consistent en applications de compresses humides. Les compresses ont été préalablement trempées dans l'eau bouillie ou mieux ont bouilli avec elles.

Elles en sont fortement imprégnées et avant de les appliquer on a soin d'en exprimer le liquide. Elles réalisent en somme l'atmosphère humide et aseptique que préconisait Lister ; en effet, elles protègent les surfaces eczématisées contre des inoculations nouvelles provenant du milieu extérieur ; en outre, elles protègent le malade contre lui-même, contre ses ongles riches en microbes.

Le prurit se trouvera sinon supprimé du moins très sensiblement diminué et le malade sera de la sorte moins porté à se gratter.

Le pansement qui diminue les démangeaisons apportera donc aussi un utile obstacle à la furie de grattage à laquelle trop de malades sont sujets. Cet apport de pyogènes par la voie des ongles mal tenus disparaîtra et une cause très importante d'infection se trouvera ainsi immédiatement supprimée. Il ne se fera donc pas de nouvelles lésions, de nouvelles portes d'entrée. Les anciennes lésions n'étant pas mécaniquement irritées d'une façon continue guériront. D'autre part l'action émolliente des pansements humides s'exercera avec fruit ; en effet, ces derniers empêchent l'évaporation et préviennent la dessiccation : rougeur, chaleur, eczématisation diminueront. La lutte entre les pyocoques envahisseurs qui n'augmenteront plus de nombre et des phagocytes toujours renaissants et toujours remplacés ne tardera pas à se terminer par la victoire des phagocytes.

Il faut en outre dans les pansements humides tenir compte de la chaleur des compresses dont l'action ne peut être traitée comme quantité négligeable, elle favorise l'effet de l'antiseptique en le faisant pénétrer dans les points

qu'il n'avait pas atteint primitivement, elle conserve la vitalité des tissus, laissant ainsi aux globules blancs accomplir leur tâche.

Cet emploi de l'eau bouillie a été introduit dans la thérapeutique et fortement préconisé par M. le Dr E. Besnier et ce mode de traitement donne en somme dans l'immense majorité des cas les plus heureux résultats.

Cataplasmes aseptiques. — Le cataplasme si décrié dans ces dernières années peut dans certaines conditions (surfaces d'eczématisation circonscrites) rendre de grands services à la condition de le faire parfaitement aseptique. Si les mousselines ou gaze d'enveloppe ont été soigneusement bouillies, si la substance est bien choisie (fécule et non graine de lin), on peut user de ces cataplasmes. Mais leur emploi exige de minutieuses précautions, le cataplasme ne doit pas dépasser la limite des lésions, et comme en somme il est plus simple de préparer un pansement humide qu'un cataplasme dont les garanties d'aseptic sont beaucoup moindres, l'emploi de ce mode de traitement encore que simple sera restreint.

B. Pansements antiseptiques faibles sans modificateurs énergiques. — On a voulu faire mieux en employant à la place d'eau bouillie des solutions faiblement antiseptiques, salicytate, bicarbonate de soude à 5 0/00, borate de soude, boricine. Sous ce nom on comprend une combinaison d'acide borique et de borate de soude qui donne les plus heureux résultats. La solubilité de l'acide borique très faible (4 0/0) monte de 15 à 17 0/0 lorsqu'on lui adjoint du borate de soude. On peut ainsi dans un litre d'eau faire dissoudre une bien plus grande quantité d'acide borique

par l'adjonction du borax, l'action de chaque antiseptique est augmentée d'autant et l'on obtient ainsi des solutions qui empêchent, arrêtent l'infection tout en demeurant peu ou pas toxiques.

Nous avons pu traiter simultanément les deux membres eczématisés d'un même malade l'un avec l'eau bouillie, l'autre avec la boricine, la guérison s'obtenait sensiblement plus vite du côté boriciné.

Il est encore beaucoup de substances du même ordre, qui peuvent être très utiles dans le traitement de ces dermatites communes.

L'alun et le tannin seront utilisés à la dose de 1 à 5 pour 1000.

L'ichthyol à 2 ou 5 0/0.

L'eau végéto-minérale en solution à 2 0/0.

Qu'on emploie les unes ou les autres de ces solutions, on y trempera des compresses de tarlatane pliées en 6 ou 8 doubles, assez larges pour recouvrir la surface eczématisée. On aura soin de les débarrasser de l'amidon qu'elles contiennent par l'ébullition qui aura en outre l'avantage de les stériliser.

Si l'eczéma est localisé et de petite dimension on couvrira ce pansement de taffetas gommé d'une feuille d'ouate et d'une bande maintenant le tout en place.

2° PANSEMENTS OCCLUSIFS. — *Leurs indications.* — A côté des pansements humides aseptiques ou faiblement antiseptiques, bien d'autres ressources restent au thérapeute et peuvent s'imposer à son choix en vertu d'indications particulières. C'est qu'en effet le pansement humide ne répond pas à tout, il est des cas où son emploi est illégi-

time, devient malencontreux, il est des moments où ce mode de traitement doit céder la place à d'autres qui agiront plus opportunément, comme les poudres, les emplâtres simples. « L'indication de couvrir de poudres diverses la surface entière du corps d'un eczémateux, dit M. le Dr Besnier (*Thérapeutique appliquée*, p. 70-155), ou *seulement quelques régions*, est fréquente, mais presque toujours éventuelle, épisodique, à terme limité. »

Par exemple tel malade se présente au praticien avec une dermite eczémateuse qui s'est rapidement généralisée, qui occupe des surfaces considérables, la dermatose n'a pour ainsi dire plus de siège particulier, parce qu'elle a tout envahi, on conçoit qu'en pareil cas, on ne puisse se proposer d'appliquer un traitement consistant en pansements humides aseptiques : on serait obligé de recouvrir le malade de la tête aux pieds ; pour faire tenir un pareil pansement, on éprouverait en pratique les plus grandes difficultés, les pièces se déplacent incessamment et on ne parvient à les fixer qu'en surchargeant le malade d'un nombre de tours de bande vraiment trop considérable. Il étouffe bientôt sous son pansement, sa gêne devient insupportable et si grande que soit sa bonne volonté on ne peut lui faire endurer longtemps une pareille épreuve. En présence de ces eczématisations diffuses, il faut de toute nécessité abandonner le vaste pansement humide et recourir à un autre mode de pansement. C'est alors qu'on se trouve bien de l'emploi des poudres. Au reste leur emploi ne sera jamais que transitoire ; aussitôt que l'état des parties le permettra, qu'une amélioration se sera manifestée, on reviendra aux modes de pansements ordinaires

qui seuls pourront mener à bien la restitution *ad integrum*.

Il n'y faut voir qu'un moyen palliatif auquel on est heureux de recourir, mais qui a pour ainsi dire son heure et qu'il conviendrait d'abandonner au temps voulu, c'est-à-dire quand les surfaces d'eczématisation s'étant restreintes, le retour aux pansements occlusifs sera rendu possible.

POUDRES. — Les poudres ont pour premier effet de protéger contre les irritations du dehors ; elles ont d'autre part une action décongestionnante manifeste. Débarrassant la couche cornée de sa matière grasse, elles permettent aux liquides des couches sous-jacentes, de parvenir plus aisément à la superficie, de là la sensation de fraîcheur qui résulte de cette évaporation.

Les poudres les plus fréquemment employées sont la poudre d'amidon qu'on trouve partout, dont toutes les ménagères sont pourvues, ce qui n'est pas un mince avantage, elle a pourtant l'inconvénient de s'altérer très facilement.

Les poudres de lycopode, d'oxyde de zinc, le talc, le sous-nitrate de bismuth, dont l'emploi doit être réservé, en raison du plomb, de l'arsenic et des sels ammoniacaux qu'il contient fréquemment (MANQUAT, *Traité de thérapeutique*, t. I, p. 580).

Mode d'action. — On remarquera que toutes ces poudres, bien qu'elles constituent un mauvais milieu de culture pour les pyogènes, ne sont pas à proprement parler antiseptiques ; leurs qualités sont en somme purement négatives, elles ne favorisent pas le développement des espèces microbiennes, mais n'exercent pas non plus sur

elles une action destructive, les éléments cellulaires normaux se trouvent bien de l'inertie de ces poudres dites *inertes* et c'est là peut-être leur grand avantage.

L'action des poudres s'exerce donc :

1° En faisant un magma avec la sérosité qui suinte de chaque point, elles localisent l'agent irritant.

2° Elles forment de cette façon le plus simple des pansements occlusifs.

3° Elles sèchent la place et empêchent les liquides irritants de couler au loin.

4° Leurs grains en roulant les uns sur les autres évitent les frottements des vêtements sur les surfaces irritées ou celles-ci les unes sur les autres.

Mode d'emploi. — La façon de les employer est toute simple. On prend des tampons de coton hydrophile stérilisé, suffisamment étirés, aérés, pouvant facilement s'imprégner de poudre. On applique discrètement le tampon ainsi poudré sur la surface malade et *on le jette ensuite*. Il ne faudrait pas songer à l'utiliser ni à le mettre à nouveau dans la boîte à poudre, ce ne serait pas, comme il a été dit, ensementer à plaisir le reste de la provision, car nous ne croyons pas que les micro-organismes y pousseraient, mais bien parce qu'on remettrait sur la peau les germes adhérents au tampon, il faut donc pour chaque application un tampon nouveau. Les mêmes règles de propreté qui s'imposent dans tous les pansements de chirurgie doivent ici être obéies avec la même rigueur. C'est un fait devenu trop banal pour que nous y insistions plus longtemps.

Pâtes. — Les pâtes sont des mélanges consistants, dans la composition desquels entrent des poudres et des corps

gras : huile, vaseline, glycérine, etc. Les pâtes sont employées à titre d'isolants et comme tels en réalisent parfaitement les conditions. Etendues sur les surfaces privées de leur revêtement corné de protection, elles en tiennent lieu dans une certaine mesure et le remplacent temporairement.

Pâtes inertes : elles mettent à l'abri de nouvelles inoculations les parties profondes et si on fait entrer dans leur composition les corps légèrement antiseptiques, elles formeront un milieu où les germes se développeront mal et ne tarderont pas à disparaître.

Mode d'emploi. — Mises à la période de réparation de l'épiderme lorsque la vésiculation et le suintement auront disparu, par leur épaisseur, elles permettront à un épiderme, à une frêle cuticule de se refaire, de se réparer plus solidement. Leur emploi est donc justifié à une période particulière de l'évolution des dermites et donne de bons effets, la pâte imbibant les tissus ne se dérange pas comme un pansement, ses utiles services ne seront donc pas méprisés.

Les pâtes à l'oxyde de zinc (vaseline et oxyde de zinc en parties égales) sont très employées.

Les pâtes varient à l'infini « toutes les huiles, toutes les graisses, la glycérine, tous les excipients nouveaux simples ou composés peuvent servir de base à leur exécution. »

Nous tenons à signaler en bon rang une pâte de composition un peu particulière et dont nous sommes redevables à un dermatologiste distingué, M. le professeur Boëck de Christiania; au cours d'un voyage qu'il faisait en France

en 1896 il vint à St-Louis et en présence de dermites eczémateuses rebelles siégeant plus particulièrement dans les plis (coudes, cuisses, fesses), il nous conseilla l'emploi de la pâte suivante. La voici telle qu'elle nous fut donnée :

Amidon	} à 40 grammes
Talc.	
Glycérine	20 —
Extrait de Saturne.	400 —

Mélanger avec parties égales d'eau. Frictions matin et soir avec un tampon d'ouate. L'application de cette pâte est absolument indolore et les résultats qu'elle donne méritent vraiment qu'on en conserve la formule.

EMPLATRES. — Les emplâtres sparadraps ont le même mode d'action que les pâtes isolantes, s'appliquent dans les mêmes circonstances et sont également recommandables (appendice sur les emplâtres. *Thérapeutique appliquée* de M. le D^r BESNIER, p. 115-178).

VERNIS SOLUBLES A L'EAU. — A côté de ces moyens de traitement, il en est d'autres plus nouveaux et dont l'emploi encore peu avisé s'étendra beaucoup plus peut-être. Nous voulons parler des vernis. Nous nous permettrons d'en dire un mot en renvoyant le lecteur à l'étude intéressante qu'en a fait notre maître M. le D^r J. Darier, étude à laquelle nous avons emprunté ces détails (*Thérapeutique des maladies de la peau*, par LEISTIKOW. Traduction par J. DARIER, actuellement sous presse).

Ces topiques aqueux, qui se concrètent rapidement en une couche de mince consistance, forment un enduit qu'un lavage fait aisément disparaître. On peut adjoindre à leur composition telle poudre inerte qu'on veut. Ils offrent

cet avantage de ne pas faire obstacle à l'évaporation tandis qu'ils protègent très efficacement le revêtement corné en voie de réparation, dans cette classe rentrent les onguents de caséine fort employés par l'école de Vienne.

La gélanthe (gomme adragante et eau).

On fait des vernis à l'ichthyol, à l'acide salicylique, au tuménol, etc., etc.

SUPÉRIORITÉ DU PANSEMENT ASEPTIQUE SIMPLE. — En somme et pour conclure de ces divers modes de pansements auxquels on peut avoir recours dans le traitement des dermites communes, les plus avantageux sont encore les plus anodins, c'est-à-dire les pansements purement et simplement aseptiques.

Nous avons vu qu'ils protégeaient très efficacement les surfaces eczématisées contre toute irritation nouvelle, qu'ils prévenaient l'apport de germes infectieux venant du dehors par les voies les plus variées.

Autre avantage important et dont leur emploi fait bénéficier, ils empêchent l'évaporation et la dessiccation, circonscrivant ainsi et isolant le champ de bataille entre les tissus qu'ils n'altèrent point et les microbes, ils favorisent l'effort des leucocytes et leur permettent de se débarrasser des pyogènes envahisseurs.

Ce ne sont pas là de simples vues de l'esprit, non seulement les résultats cliniques apportent à ces assertions leur victorieuse confirmation, mais il suffit de faire une étude comparée de la microbiologie sous les pansements aseptiques, antiseptiques légers, antiseptiques forts, pour se rendre compte de la supériorité des pansements aseptiques sur tous les autres. Ce sont les résultats de cette étude que nous allons donner maintenant.

CHAPITRE VIII

Bactériologie.

Nous allons comparer les conditions dans lesquelles les microbes se trouvent sous les pansements forts et sous les pansements simples.

Si nous transportons par la pensée du laboratoire à la clinique, les résultats que donne l'expérimentation, nous poserons les principes suivants très simples, très clairs et très satisfaisants : le sublimé, l'acide phénique tuent en tant d'heures les cultures de tel ou tel microbe, par conséquent, appliquons sur une plaie un de ces antiseptiques nous aseptiserons vite la plaie en question, et elle guérira rapidement puisque nous aurons supprimé les microbes qui l'infectent.

Un raisonnement aussi simple pèche par la base : il ne tient compte que d'un des éléments de la question, c'est-à-dire du microbe, et pas du tout des autres éléments qui sont l'organisme et les réactions de la substance vivante.

Ce raisonnement incomplet, fait d'une façon si fréquente à une époque où on prétend soumettre trop souvent la clinique au laboratoire, a déjà causé bien des erreurs et volontiers, dans le cas particulier, on accuserait de malpropreté médicale le médecin assez osé, pour dire que l'antisepsie à outrance peut ne pas être l'optimum desideratum du traitement d'une plaie suppurée.

Cependant l'expérimentation clinique vient contredire et bouleverser les opinions émises par les bactériologistes et basées sur leurs expériences ; il est de notion courante qu'une folliculite suppurée peut se développer sous un pansement humide au sublimé, alors que la solution employée tuerait en quelques minutes une culture de staphylocoques cause de cette folliculite.

A quoi est due cette contradiction qui n'est d'ailleurs qu'apparente, comme nous allons le voir à la fin de cette étude ?

D'abord voyons quels sont les microbes trouvés d'une façon habituelle sur la peau, considérons un peu les conditions biologiques où ils se trouvent, en un mot étudions ce qu'on pourrait appeler la *bactériologie normale de la peau*.

La peau de l'homme est habitée par de nombreuses bactéries qui sont amenées à son contact, par les poussières atmosphériques, par les vêtements et qui peuvent même y pulluler dans certaines conditions. Les micrococci sont nombreux Bordini Ufreduzzi (Ueber die biologischen Eigenschaften der normalen Hautmicrophyten, *Fortschritte de Medicin*, 1886, n° 3) en signale cinq espèces parmi lesquelles le *micrococcus decalvans* de Thin que Sehlen considérerait comme causant la pelade ; le *micrococcus pyogenes aureus*, staphylocoque doré, le *micrococcus pyogenes albus*, staphylocoque blanc, qui existent pour ainsi dire constamment dans tous les points de la peau ; une culture faite avec les squames obtenues en grattant un point quelconque de l'épiderme, donne du staphylocoque d'une façon à peu près constante. Le *streptocoque* ou plutôt les nombreux

ses espèces de streptocoques, le *tétragène*, le *pneumocoque*, etc. sont également très fréquemment rencontrés sur les téguments. Des *sarcines*, des *leptothrix*, des *champignons* et un grand nombre de microbes considérés comme saprophytes pullulent dans les moindres replis cutanés.

Parmi les bacilles pathogènes ceux qui se trouvent le plus souvent à la surface de la peau sont le *bacterium coli* et le *bacillus pyocyaneus* [ZUCKERMANN, Leber die Ursache der Eiterung, *Centralblatt für Bakteriologie*, 1887, p. 497], qu'on peut trouver dans les culs-de-sac glandulaires.

Toute cette flore cryptogamique et bactérienne ne se trouve pas seulement à la surface de l'épiderme, elle pénètre assez profondément dans les interstices des cellules cornées épidermiques. On sait, en effet, combien est difficile la désinfection rigoureuse des téguments, il faut les savonner, les broser, dissoudre par l'éther et l'alcool les matières grasses qui empêchent l'antiseptique de mouiller les bactéries et par conséquent d'agir sur elles. Mais ce n'est pas tout ; les glandes sudoripares et les glandes sébacées forment dans certaines conditions de véritables réceptacles à microbes, où ceux-ci sommeillent (*microbisme latent de Verneuil*) attendant pour reprendre une virulence réelle ou relative et exercer leur action funeste, une diminution de la résistance organique locale ou générale de l'individu.

Enfouis dans ces culs-de-sac, qui ne communiquent avec l'extérieur que par des canaux étroits, les microbes sont à l'abri de l'action des antiseptiques qui ne peuvent aller jusqu'à eux.

Lorsqu'il se produit une irritation plus ou moins pro-

fonde de la peau sous l'influence d'une des causes étudiées dans la première partie de ce travail, tous les microbes qui se trouvaient dans le territoire lésé, ou qui y sont accidentellement amenés ne prennent pas toujours part à l'entretien du processus inflammatoire ; le plus souvent une seule espèce, deux au plus entrent en jeu et le staphylocoque et le streptocoque sont de beaucoup les plus fréquents.

D'après ce que nous venons de dire, on peut comprendre que, même en ne considérant que le microbe et son siège, il ne sera pas toujours facile de le balayer, de l'atteindre à l'aide d'un antiseptique, comme cela se fait *in vitro*. On aura beau multiplier les lavages, les bains, les applications de poudres et de pâtes, souvent en quelque coin persistera un germe prêt à reprendre une nouvelle vigueur dès que s'épuisera l'action de l'antiseptique.

Ce premier point constaté explique déjà en partie l'échec des antiseptiques, ils ne peuvent agir sur un microbe qui n'est pas soumis à leur action.

Mais il ne s'agit pas seulement du microbe, cause efficiente de la suppuration : il faut tenir compte des tissus de la partie malade, des cellules altérées ou non qui la composent. L'antiseptique est un agent modificateur de la matière albuminoïde, il coagule le protoplasma de la cellule. Les cellules épithéliales et connectives ainsi altérées ne peuvent plus grandir, se défendre, en formant une sorte de rempart à l'abri duquel l'organe réparera ses pertes.

Les globules blancs dont le rôle phagocytaire est si considérable, sont également atteints, leur vitalité est diminuée ou anéantie ; dans certains cas même les antiseptiques semblent exercer sur les leucocytes une sorte de

chimiotaxie négative, dont le résultat est de les éloigner du champ de bataille où ils devraient lutter avec succès contre les microbes.

Ce sont toutes ces considérations qui ont conduit les chirurgiens à l'application de l'*asepsie*, et qui peuvent être reprises par nous au point de vue de l'action exercée sur les microbes par les pansements simples et les pansements antiseptiques faibles et forts dans le traitement des dermites superficielles.

Voyons ce qui se passe, dans le cas d'un pansement antiseptique fort appliqué sur une surface cutanée irritée et suppurante.

D'abord par le lavage, un certain nombre des microbes sont entraînés, l'action directe de l'antiseptique en tue un grand nombre d'autres.

Mais cet antiseptique fort coagule l'albumine des liquides sécrétés par les tissus irrités, il se combine parfois à eux, comme le fait le sublimé qui donne un albuminate de mercure insoluble et par conséquent sans action. De plus il est caustique, il tue les cellules superficielles et forme avec celles-ci et l'albumine coagulée une sorte de vernis protecteur à l'abri duquel les microbes des anfractuosités, des culs-de-sac glandulaires, où l'antiseptique n'a pu pénétrer, tous les microbes en un mot restés vivaces, reprennent de plus belle leur pullulation.

L'antiseptique fort, non seulement empêche le processus vital de lutter avec avantage contre les microbes, qu'il ne peut atteindre lui-même, mais en irritant grâce à la chaleur et à la macération qui favorisent son action caustique, en des points restés jusque-là indemnes, il crée de

nouveaux foyers de dermite sur lesquels il n'aura pas plus d'action, que sur le foyer qui a primitivement nécessité son emploi.

C'est grâce à ce mécanisme, que l'on peut voir avec stupéfaction, si on y réfléchit sérieusement, de nombreux follicules, jusque-là indemnes, suppurer sous un pansement au sublimé à un pour deux mille, dont la puissance microbicide est énorme *in vitro*.

Que se passe-t-il au contraire avec le pansement simple, quel qu'il soit? Certes, dans la majorité des cas, il n'empêche pas la pullulation des microbes, il semblerait plutôt *a priori* devoir la favoriser. Il guérit cependant les dermites beaucoup mieux que le pansement antiseptique fort, nos nombreuses observations sont là pour en témoigner et il guérit les lésions causées par l'antiseptique. Le secret de son action est bien simple, il ne fait rien de ce que fait l'antiseptique. Par les lavages il enlève le pus qui souille la place, mais surtout il respecte l'intégrité des cellules chargées de la défense de l'organisme, l'atmosphère tiède et humide permet aux tissus de conserver leur vitalité et aux globules blancs de faire leur œuvre. La *natura medicatrix* fait ici comme partout très bien les choses, il faut se contenter de ne pas la contrarier autant que le comporte le grand respect dû à son action.

Mais la guérison des plaies ne dépend pas seulement de la destruction des micro-organismes, nous savons à l'heure actuelle que, dans bien des cas, les toxines peuvent causer les mêmes effets que les microbes qui les sécrètent.

La rétention des toxines sur la plaie sera donc nuisible, et nous dirons comme corollaire que les qualités de capillarité d'un pansement jugeront sa valeur.

Que les liquides sécrétés par la plaie soient immédiatement pompés par le pansement, toxines et microbes sont entraînés au loin, c'est autant de moins à lutter pour les cellules chargées de la défense de la peau ; la plaie bien détergée se cicatrisera vite. Si, au contraire, les liquides ne peuvent s'épancher librement au dehors, ils gagneront en dedans et la lutte continuera.

Il faut ici encore reconnaître le bien fondé d'un vieux principe, fruit d'une observation prolongée : s'il se forme du pus, il faut l'évacuer.

Les expériences sur les animaux prouvent surabondamment la nécessité de cet écoulement large des produits morbides (PRÉOBAJENSKI, Les bases physiques du traitement antiparasitaire des plaies. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1897).

Les expériences que nous relatons plus loin prouvent que de deux cobayes inoculés dans des conditions identiques avec le même microbe pyogène, celui dont l'abcès était ouvert à temps guérissait beaucoup plus vite que l'autre chez lequel l'abcès était abandonné à lui-même. Or le pansement antiseptique fort en coagulant les produits de sécrétion de la surface entamée suppurante, s'en imbibe mal et s'oppose en quelque sorte à leur évacuation. Le pansement simple au contraire s'en imbibe bien et les attire loin de la plaie dont il favorise le *drainage*.

Ce que nous venons de dire s'applique aussi bien aux poudres et aux pâtes. Si leur action caustique est en général moindre que celle des antiseptiques en solution, en revanche leur solubilité moindre et surtout leur tendance à former avec les liquides sécrétés une croûte sous laquelle

pulluleront les microbes expliqueront facilement leur fréquent échec. Qui n'a pu voir par exemple du salol, appliqué en poudre sur une plaie suppurée, former une croûte sous laquelle s'amassait abondamment le pus sécrété ?

Ainsi donc voici expliqué à l'aide de la chimie et de l'expérimentation le soi-disant paradoxe qu'un pansement antiseptique peut favoriser et entretenir la suppuration de la plaie cutanée qui constitue la dermite.

En résumé, *avec le pansement fort* nous voyons :

Difficulté d'atteindre des microbes.

Diminution de la vitalité des tissus.

Gêne des cellules destinées à lutter contre les microbes.

Manque de capillarité.

Irritation des parties saines.

Avec les pansements faibles nous constatons peu ou pas d'action directe sur le microbe.

Mais il n'augmente pas les dégâts.

Il respecte la vitalité des cellules.

Il draine la plaie par faitement.

La contradiction entre le laboratoire et la clinique n'était donc qu'apparente. Le pansement antiseptique, excellent pour empêcher les microbes d'atteindre une plaie non infectée primitivement ou qu'on a pu désinfecter à fond, est insuffisant quand il est appliqué sur une surface cutanée infectée.

EXPÉRIENCES ET OBSERVATIONS

EXPÉRIENCES

EXPÉRIENCE I. — Deux cobayes A et B reçoivent une injection sous-cutanée d'une culture pure de staphylocoque à la dose de 4 gouttes par 100 grammes d'animal.

Le lendemain les deux cobayes ont un œdème dur accentué au point d'inoculation. Le surlendemain, l'abcès de A est ouvert largement et sans pansement ; celui de B est laissé intact.

Les jours suivants l'abcès de A suppure et guérit en dix jours.

B développe au point d'inoculation une sorte de gomme qui s'ouvre le onzième jour et met quinze jours à se cicatriser.

EXPÉRIENCE II. — Deux cobayes C et D reçoivent une injection de staphylocoque, comme les précédents.

Le deuxième jour, les deux abcès sont ouverts par une petite incision. Le cobaye C est laissé sans pansement.

L'abcès du cobaye D est saupoudré d'une forte couche de salol recouvert de gaze et d'ouate. Cette couche forme une croûte sous laquelle l'évolution de la gomme staphylococcique se continue ; cette couche est enlevée, remplacée et la suppuration continue pendant plus de dix jours après la guérison du cobaye C complète en 8 à 9 jours.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1. — La petite H. K., âgée de 9 ans $1/2$, entre à l'hôpital Trousseau, service de M. le Dr Variot le 13 octobre 1897.

Antécédents héréditaires. — Grand-père, 71 ans, bien portant. Père,

bonne santé. Mère, bonne santé, 2 frères bien portants ; un a été soigné à Trousseau pour la gourme.

Pas de tare dans la famille, ni syphilis, ni tuberculose, mais une saleté extrême chez l'enfant et les parents qui la conduisent à l'hôpital.

Antécédents personnels. — Née à terme, marche à 12 mois, nourrie au sein, sevrée à 9 mois. Pas de troubles gastriques. Vaccinée à 1 an sans accidents. Tous les organes sont sains ; pas de diarrhée, ni de constipation. Urines normales. Polyadinite, vulvite.

Etat actuel. — L'enfant est grasse et joufflue ; très sage, point nerveuse, d'une saleté repoussante, lentes et pediculi à profusion dans les cheveux.

La dermite couvre la face, le cou, le tronc et les membres supérieurs et inférieurs.

Début. — 5 jours avant son entrée à l'hôpital disent les parents. Démangaisons et rougeur sur le cou, l'enfant se gratte, s'écorche ; surviennent des croûtes qui se propagent au reste du corps.

Elle présente à l'examen : sur la face, autour du nez, des yeux, de la bouche, sur les lèvres, des croûtes méllicériques produites par le suintement, de fines vésicules que la malade écorche en se grattant. On trouve encore de grands placards rouges, mal limités, lichénifiés, des papules rouges disparaissant à la pression. Prurit intense.

Le cou est moins envahi que la face. Les membres supérieurs sont couverts des mêmes lésions en avant et en arrière ; les mains sont crevassées au niveau des plis ; on voit, dans la commissure des doigts, de grosses bulles, de la dimension d'une lentille, remplies d'un liquide clair. Même état pour les membres inférieurs.

Le tronc présente à peine quelques éléments disséminés de long des gouttières sternale et rachidienne.

On trouve en outre de la polyadénite et un écoulement de la vulve. Température 39° 2.

Régime lacté.

La peau saine et malade est grattée en longues traînées avec une spatule flambée, comme l'enfant le fait avec ses ongles, le produit est ensemené sur sérum, agar et bouillon : la culture donne du staphylocoque pur.

Octobre 1897. — La température baisse à 38°, bien qu'il n'y ait pas eu de pansement de fait. Le liquide des bulles devient louche et verdâtre.

Tout le côté droit et la face sont pansés avec des compresses humides boriquées et stérilisées, recouvertes de taffetas gommé et d'ouate.

Le côté gauche est pansé de la même manière, l'eau boriquée est remplacée par du sublimé à 0,25 centigr. pour deux mille.

La température le soir est de 37°8.

Du côté droit, sous le pansement boriqué, la rougeur a presque disparu, les vésicules sont vides et affaissées, sauf à la main où suinte encore de ce côté, un liquide citrin fétide et poisseux. Le prurit a complètement disparu. On voit de grands espaces de peau saine.

Du côté gauche (sublimé), la rougeur est intense, le membre est comme cuit. La peau est épaissie, chagrinée par de nombreuses vésicules, remplies d'un liquide opalescent, à peine y a-t-il quelques espaces de peau saine. Le prurit est intense le pansement retiré, l'enfant se gratte avec frénésie : elle ne touche pas au côté droit. Température 37° 6, le soir 37° 4. Elle demande à manger, 4^e degré.

Le 16. — L'état reste sensiblement le même. L'odeur est toujours fétide. Cependant le côté gauche pansé au sublimé semble être en moins bon état que le côté droit : la rougeur est plus vive, les vésicules plus nombreuses, le prurit très accentué comme le prouve l'insistance que met la petite malade à se gratter quand on découvre ce côté.

La face, le cou pansés à l'acide borique sont très améliorés, les croûtes sont tombées, les rhagades autour de la bouche sont fermées.

Un pansement en casque (sublimé à 1 p. 4000) est appliqué sur la tête, une fois les cheveux coupés ras, pour détruire les pediculi.

Les deux côtés du corps sontensemencés comme précédemment sur agar et sur sérum, avec les précautions habituelles ; résultat rien sur agar, staphylocoques sur sérum.

Température le matin 37°4, le soir 37°6.

L'état général et l'appétit sont bons.

Le 17. — La différence entre les deux côtés est typique.

Le côté droit (acide borique), est presque complètement guéri, le bras l'avant-bras et la main ne présentent plus qu'une teinte légèrement violacée ; là où étaient les lésions, la peau est lisse, non infiltrée ; on

voit quelques points jaunâtres formant de minces croûtelles à la place des vésicules. La main ne présente plus que quelques lambeaux d'épiderme séché, les rhagades sont cicatrisées.

Même état pour le membre inférieur droit, sauf à la face interne de la cuisse, où l'on remarque de petites vésicules remplies d'un liquide opalescent.

Le côté gauche (sublimé) suinte dans toute son étendue, l'odeur est repoussante, la peau est rouge, épaissie uniformément, les vésico-pustules sont devenues confluentes, forment des nappes de pus sous-épidermiques ; il n'y a pas le moindre espace de peau saine et les vésicules s'arrêtent juste au bord du pansement. L'enfant se plaint de douleurs cuisantes et de démangeaisons atroces de ce côté ; elle pleure quand on lui enlève son pansement.

La face, le cou sont guéris ; les pediculi détruits.

La température, le matin 38°2 ; le soir 38°8.

La démonstration étant suffisante et étant donné les souffrances de l'enfant, les deux côtés sont pansés à l'acide borique.

Le 18. — Le côté droit est complètement guéri. Un pansement sec avec du coton hydrophile est placé simplement par précaution.

Le côté gauche depuis 24 heures sous l'acide borique, est sanglant ; les vésico-pustules sont détergées : à leur place, on trouve de petites plaies d'où s'échappent de grosses gouttes de sang, sortant comme d'une pomme d'arrosoir.

L'enfant se plaint et paraît souffrir beaucoup.

Un pansement humide, boriqué, est remis en place : l'enfant paraît soulagée. Température, le matin 38°, le soir 37°6.

Le 19. — Le pansement sec (côté droit) est complètement retiré et remplacé par une pommade à l'oxyde de zinc à 25 0/0.

Le côté gauche est moins rouge, les érosions moins nombreuses, le sang ne vient sourdre qu'en quelques points. On commence à voir de petits espaces de peau revenue presque à l'état normal.

Bien que les membres soient douloureux encore, l'enfant souffre moins que le jour précédent.

La température le matin est de 37°6, le soir 37°7.

Le 20. — Le côté droit est entièrement guéri, il n'a ni douleurs, ni

rougeurs, ni démangeaisons, mais le nouvel épiderme peu résistant se crevasse par place ; la pommade à l'oxyde de zinc est continuée.

Le côté gauche est très amélioré. On voit de grands espaces de peau saine, la rougeur a disparu, les érosions sont cicatrisées ; seules 5 ou 6 sur la face postérieure de la jambe et 3 ou 4 au haut de la cuisse subsistent. Le pied en bon état ainsi que la main sont laissés à découvert.

Pansement boriqué est remplacé. Température, le matin 37°2, le soir 37°.

Le 21. — Il ne reste plus que deux ou trois érosions au mollet saignant encore ; plus de douleurs.

Pansement boriqué. Température, le matin 37°2, le soir 37°6.

Le 22. — Même état que le jour précédent ; les dernières érosions sont cicatrisées. On suspend le pansement humide qui est remplacé par un pansement sec. Température, le matin 37°, le soir 37°4.

Le 23. — Il ne reste plus que la trace des lésions, la peau est violacée et un peu pigmentée.

Pansement enlevé complètement, remplacé par pommade à l'oxyde de zinc.

Température, le matin 37°6, le soir 37°.

L'enfant est complètement guérie, la peau des mains, du corps et des membres est redevenue souple, le vieil épiderme est complètement tombé.

L'enfant reste encore 4 jours à l'hôpital avec une température variant entre 36°8 et 37°2 et sort le 29 complètement guérie.

OBSERVATION 2. — Le petit H. B., âgé de 4 ans 1/2, entre à l'hôpital Trousseau le 31 septembre 1898, dans le service de M. le Dr Variot.

Pas d'antécédents héréditaires, père et mère bien portants.

Fils unique élevé au sein par la mère jusqu'à l'âge de 15 mois.

Le début de la maladie semble remonter à la fin du mois d'août. L'éruption qui avait débuté par le cou s'étend aux membres supérieurs gagne ensuite le tronc et les membres inférieurs. A son entrée à l'hôpital, le petit malade présente sur tout le tronc, les mains, les avant-bras, les bras, les cuisses, les jambes et les pieds, une éruption géné-

ralisée qui semble occasionnée par la négligence et la malpropreté. La face est indemne.

Les lésions se présentent sous la forme de vésico-pustules, de vésicules entourées d'un cercle rouge, diffus, enflammé ; ces vésicules sont confluentes par places, à d'autres isolées.

On trouve des placards rouges, érythémateux sur l'abdomen, sur les fesses, de gros abcès.

Le prurit est si intense que partout où ses mains peuvent atteindre la peau nue, l'enfant se gratte jusqu'à se faire saigner abondamment. La température est de 37°6.

Le 1^{er} novembre 1898, la peau est grattée avec une spatule mousse flambée, un peu partout comme le feraient les ongles, le produit du grattage estensemencé sur bouillon, agar, sérum. Le lendemain ces examens montrent du staphylocoque pur.

La température est de 35°5 le matin.

Un premier pansement comparatif est appliqué. Du côté droit des compresses stérilisées trempées dans l'eau bouillie.

Du côté gauche des compresses stérilisées trempées dans de l'eau phéniquée à 5 pour mille. Les deux côtés sont recouverts de taffetas gommé et d'une épaisse couche d'ouate.

La température le soir est de 38°6.

Le 2. — Le pansement est retiré, l'état de la peau est sensiblement le même, les abcès sont devenus fluctuants, le pus est recueilli avec une pipette flambée après avoir stérilisé la peau au thermo-cautère ; le pus estensemencé sur agar, sérum et bouillon donnent du staphylocoque pur. Les abcès sont ouverts, vidés et lavés ; le pus qui s'en écoule est épais et verdâtre. Le soir, la température est de 37°4.

Le 3. — Le pansement est retiré, le côté droit (eau bouillie) est très amélioré comparativement au côté gauche (eau phéniquée). La rougeur est moindre, les vésico-pustules sont affaissées, et se détergent. Le prurit est toujours intense et dès qu'il est libre, le petit malade se gratte avec acharnement. La température reste à 37°4.

Le 4. — La température remonte à 38°4. Sous le pansement on trouve du côté gauche (eau phéniquée) de nouveaux abcès sur l'abdomen et sur la cuisse gauche ; sur le dos du pied, on constate de petites nappes de pus verdâtre sous l'épiderme.

Tous ces foyers sont ouverts au bistouri, vidés lavés et pansés à l'eau phéniquée. Le sang de l'enfant est recueilli avec une pipette au moyen d'une piqûre faite au lobe de l'oreille qui a été préalablement lavé au savon, à l'éther et au sublimé. Ce sangensemencé sur sérum, agar et bouillon ne cultive pas.

Le 5. — La température redescend à 37°8, l'état de la peau est très amélioré surtout du côté de l'eau bouillie. Même pansement.

Le 6. — La température remonte sans cause appréciable, l'état de la peau est meilleur encore que la veille. Même pansement.

Le 7. — Température 41°5. Mort par broncho-pneumonie sans signes apparents.

AUTOPSIE. — Tous les organes sont sains, sauf le poumon gauche qui est congestionné à la base.

Poumon,ensemencé sur sérum, agar, bouillon, donne des cultures de staphylocoques et streptocoques.

Rate,ensemencée sur sérum, agar, bouillon, culture stérile.

Sang du cœurensemencé sur sérum, agar, bouillon culture stérile.

OBSERVATION 3. — Mme A. R..., 42 ans, femme de chambre, se présente à nous le 20 janvier 1897 pour une éruption tenace, siégeant à la face et pour laquelle elle se soigne depuis plusieurs mois sans succès : arsenic, sirops dépuratifs, pommades, elle a tout essayé.

L'état général de la malade est satisfaisant.

Les divers appareils sont sains.

A l'examen, nous constatons que Mme R..., se teint les cheveux avec des solutions à base de nitrate d'argent et de sulfure.

La face, c'est-à-dire le front, les paupières, les joues, est couverte de fines vésicules renfermant un liquide opalescent, qui suinte à certains endroits ; on voit en d'autres places, des croûtes mellicériques à contours diffus. Le derme est épaissi, infiltré et rouge par places, la peau est lichénifiée et desquamante ; la dermite a gagné les oreilles des deux côtés.

Nous faisons le diagnostic d'eczéma de teinture.

Après avoir fait cesser tout traitement interne nous prescrivons des

compresses de gaze, bouillies, trempées dans une solution de boricine à 15 0/0.

Ces compresses sont appliquées sur la face et les oreilles pendant toute la nuit en ménageant des ouvertures pour les orifices naturels.

Comme le jour la malade ne peut, à cause de sa profession, suivre ce traitement, nous lui faisons poudrer la figure avec de la poudre d'amidon, talc et oxyde de zinc en parties égales.

Le 24 janvier, les croûtes sont tombées, la rougeur est diminuée, les vésicules sont moins nombreuses et moins confluentes. Le même traitement est continué.

Le 30. — La peau est légèrement violacée ; aux endroits où siègeaient les lésions, la peau est redevenue mince et souple, l'œdème des paupières a complètement disparu. On constate une desquamation légère de l'épiderme qui s'enlève par petites écailles variables de grandeur.

Les compresses humides sont remplacées par la pommade suivante :

Vaseline.	} à à	
Lanoline		20 grammes.
Oxyde de zinc		25 —

Le 6 février, la guérison était complète, la figure était rendue à son état normal.

La malade a cessé depuis de se teindre les cheveux.

OBSERVATION 4. — M. C., 50 ans, artiste dessinateur, nous consulte le 31 mai 1898 pour un eczéma couvrant la face dorsale des deux mains depuis les poignets jusqu'aux extrémités des dernières phalanges et qui dure depuis 18 mois.

M. C... a essayé tous les traitements, même le traitement par correspondance, avec un pharmacien de Grenoble qui lui a envoyé en plusieurs fois pour 180 francs de médicaments qu'il a absorbés sans voir la moindre amélioration dans son état.

La face dorsale des mains, au moment où M. C... vient nous trouver, est couverte de croûtes noirâtres, de crevasses siégeant aux plis d'extension ; le derme est épaissi, infiltré, rouge, suintant de tous côtés, le prurit est si intense que le malade dort malaisément.

M. C... souffre autant moralement que physiquement de l'état de ses mains qu'il n'ose montrer. A part un état d'éréthisme nerveux accentué, les autres organes sont en bon état.

Nous apprenons que le malade manipule toute la journée des pastels, des poudres de couleurs, sulfure de cadmium, d'antimoine, de chrome, etc., etc.), et que ses mains sont du matin au soir couvertes par ces poussières colorantes.

Nous faisons le diagnostic de dermite artificielle par irritants chimiques.

Nous ordonnons alors de cesser tout traitement antérieur et nous prescrivons le suivant :

Laver soigneusement les mains, quand il est besoin, avec un savon à l'ichthyol. Envelopper les mains nuit et jour avec des compresses de gaze bouillie trempées dans du coaltar saponiné étendu de 10 fois son volume d'eau bouillie, recouvrir le tout de taffetas gommé. Changer les compresses toutes les deux heures.

Les extrémités inférieures des doigts sont laissées libres. M. C... continue son métier.

Le 5 juin. — L'état des mains est très amélioré ; les crevasses ne saignent plus, les croûtes sont tombées, le prurit est très diminué. Cependant la main droite qui travaille, qui était la plus malade et dont le pansement ne reste pas toujours en place, est en moins bon état que la gauche.

Le même traitement est continué.

Le 10. — En défaisant le pansement, nous trouvons sur la face dorsale des deux mains de nombreuses vésicules variant entre la grosseur d'un grain de chénevis à celle d'un petit pois. Chaque vésicule est percée avec une aiguille préalablement flambée et le pansement humide est réappliqué.

Le 15. — La peau est encore moins infiltrée que les jours précédents, le prurit a disparu, l'état de la main droite est cependant un peu moins satisfaisant que celui de la gauche qui est presque guérie. Cette main gauche est couverte de pommade à l'oxyde de zinc ; la droite conserve son pansement humide.

Le 21. — La main droite est guérie à son tour et couverte de pommade à l'oxyde de zinc et enveloppée d'une bande de toile.

Le 26. — La guérison est complète des deux côtés. Comme moyen préventif, nous faisons laver fréquemment les mains avec un savon à l'ichthyol.

Depuis cette époque, il n'y a pas eu de récurrence.

OBSERVATION 5. — M. H..., contremaître ébéniste, 34 ans, vient nous consulter le 6 mai 1898 pour un eczéma de la face siégeant sur la joue droite, sur le menton, la lèvre inférieure et supérieure qui sont couverts de barbe.

Le malade se plaint d'une sensation de chaleur et de tension dans la figure ; la peau est rouge, très épaisse et brûlante au toucher. On trouve dans les poils de la barbe, sous le nez et au menton, des croûtes nombreuses, jaunâtres et à la base d'un grand nombre de poils qui semblent s'arracher plus facilement que de coutume, ou fait sourdre un pus jaune-verdâtre ; la folliculite est intense.

Le malade nous raconte que du matin au soir dans l'atelier où il travaille, il est dans un nuage de poussière, soulevé par le raclage des bois qu'on emploie, qu'il se sert d'essence de térébenthine, d'encaustique, d'huiles chaudes, etc., etc.

M. H..., malade depuis deux ans, découragé, a cessé tout traitement depuis 6 mois.

Les organes sont sains, les fonctions s'accomplissent normalement.

Nous faisons le diagnostic de sycosis de la barbe et folliculite et nous instituons le traitement suivant :

Appliquer toutes les nuits, après avoir fait couper la barbe aux ciseaux aussi ras que possible, des compresses bouillies et trempées dans une solution d'acide borique à 2 pour cent. Taffetas gommé pour empêcher l'évaporation. Le matin, lavage avec savon de goudron et une décoction de bois de panama, 15 grammes pour un litre d'eau bouillie.

Pour sortir, M. H... étant obligé de continuer son métier, nous faisons appliquer une très mince couche de vaseline boriquée. Trois fois par jour, nous faisons laver la figure avec le savon de goudron pour enlever la vaseline et les poussières qui s'y sont collées, puis le malade remet de la vaseline fraîche.

Le 12 mai. — Les croûtes de la barbe sont tombées, mais la follicu-

lite existe toujours, les anciennes pustules sont détergées, mais il s'en forme de nouvelles à côté. La joue est toujours rouge, les tissus épaissis et enflammés. Le même traitement est continué.

Le 19. — A peu près le même état que la semaine précédente ; cependant le malade n'accuse plus dans la joue cette sensation de chaleur et de tension qu'il éprouvait auparavant.

La peau en effet semble plus mince et moins rouge. Même traitement.

Le 28. — La joue est très dégonflée, la folliculite devient de plus en plus rare, mais bien qu'en moins grand nombre, il renaît encore de nouvelles pustules.

Les compresses humides sont continuées.

Nous remplaçons la vaseline boriquée par la pommade suivante :

Soufre précipité 5 grammes.

Baume du Pérou 10 —

Vaseline. }
Lanoline } à à 20

Le 7 juin. — Le mieux se continue, la joue droite est redevenue semblable à l'autre qui n'a jamais été atteinte, on trouve encore quelques points de folliculite au menton, même traitement.

Le 14. — La guérison est complète. Nous faisons continuer les lavages et la pommade.

Le 22. — Rien n'a reparu, la peau de la figure ne présente aucune trace de la dermite antérieure. Comme moyen préventif, nous faisons continuer les lavages fréquents et la pommade.

CONCLUSIONS

Les pansements simples, c'est-à-dire les pansements purement aseptiques, comme l'eau bouillie les poudres inertes, etc. ou composées avec des antiseptiques faibles comme l'acide borique, le coaltar saponiné, la boricine, les poudres d'oxyde de zinc, de talc, les emplâtres, les pâtes *sont cliniquement supérieurs aux pansements antiseptiques forts*, sublimé, acide phénique, biiodure de mercure, etc., etc., dans le traitement des dermites artificielles. Cette supériorité du pansement simple c'est-à-dire aseptique ou antiseptique faible, s'explique par la comparaison du mode d'action des deux pansements.

LE PANSEMENT ANTISEPTIQUE FORT

Ne tue pas tous les microbes.
Il tue les cellules de la peau.
Il gêne les leucocytes phagocytaires.
Il réalise mal le drainage de la plaie.

LE PANSEMENT SIMPLE

N'agit pas sur les microbes.
Mais il respecte l'intégrité des cellules.
Il n'entrave pas l'action des phagocytes.
Il draine bien la surface suppurée.

Vu :

Le Président de la thèse,
P. FOURNIER.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.	5
INTRODUCTION	9
CHAPITRE I. — La dermite eczémateuse et ses modes de traitement	14
CHAPITRE II. — Etiologie	15
CHAPITRE III. — Pathogénie	19
CHAPITRE IV. — Symptômes et évolution	22
CHAPITRE V. — Anatomie pathologique.	26
CHAPITRE VI. — Pronostic et diagnostic.	28
CHAPITRE VII. — Traitement	31
CHAPITRE VIII. — Bactériologie de la peau. Observations. . . .	41
CONCLUSIONS	61

Imp. J. TREVENOT, Saint-Dizier (Haute-Marne).
